**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA**

1. **Meno, priezvisko a titul:** ...................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** .................................................. **Rodné číslo:** ..............................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................

Týmto potvrdzujem, že fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stavnemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie/ poskytovanie sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytovanie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby podľa § 92 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. \*

Dňa ….............................

 ….................................….......................................

 pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

\* V jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby môže podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.